ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 17 (34). Rocznik II. | Kraków, 27. 4. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

Ze względów technicznych jesteśmy zmuszeni przejściowo ograniczyć objętość Dziennika urzędowego Izby Zdrowia „Zdrowie i Życie" do 6 stron.

Aby jednak nie pozbawić naszych Czytelników stronic tekstowych postanowiliśmy zrezygnować z okładki i w to miejsce zachować więcej tekstu.

Rozrachunek honorariów lekarskich w Biurze Rozrachunkowym Izby Zdrowia

Napisał: Dr. Werner Kroll, stały zastępca Kierownika Izby Zdrowia w Gen. Gub., Kraków.

Przy badaniu rachunków nadsyłanych przez Panów Lekarzy do Biura Rozrachunkowego Izby Zdrowia wyszły na jaw rażące uchybienia, które na przyszłość bezwarunkowo nie mogą mieć miejsca.

Wielka ilość lekarzy, zwłaszcza polskich, zwykła przedkładać Izbie Zdrowia nie tylko rachunki za czynności lekarskie, ale ponadto poza tymi rachunkami nadsyła jeszcze i rachunki aptek, częściowo przy dołączaniu oryginalnych recept. Jeśli chodzi o te rachunki, wydaje się prawdopodobnym, że ubezpieczeni w wielu wypadkach uiścili za nie ze swej strony opłaty w aptekach, a lekarze — tak to przynajmniej wygląda — zwrócili ubezpieczonym wyłożone przez nich w aptekach koszta leków i sądzą znowu, że Izba Zdrowia zwróci im te wyłożone sumy. Izba Zdrowia wypłaca honoraria lekarskie z ryczałtu, który do Izby Zdrowia składają różne Kasy chorych dla wyrównania należytości za czynności lekarskie. Ryczałt ten nie obejmuje jednak należytości za lekarstwa, i dlatego też zwrot tego rodzaju sum, wyłożonych na zapłacenie leków, ze środków postawionych do dyspozycji Izby Zdrowia jest zasadniczo wykluczony.

Na skutek takiego nieodpowiedniego wystawiania rachunków lekarskich Biuro Rozrachunkowe Izby Zdrowia musiałoby żądać od Kas chorych zwrotu wyłożonych przez lekarza kosztów lekarstw. Innymi słowy rachunki za lekarstwa, które w Kasach chorych bezpośrednio likwidowane są przez poszczególne apteki, obecnie byłyby wyrównywane w rozrachunkach honorariów lekarskich po przebyciu bardzo skomplikowanej drogi okrężnej. Ponieważ ponadto w przeważającej ilości przypadków lekarze zaniedbują podania na formularzach druku nazwy Kasy chorych, do jakiej należy pacjent, skierowanie takich recept i rachunków aptekarskich do odpowiednich Kas chorych jest rzeczą niemożliwą bez równoczesnego dołączenia karty porady (Krankenschein), gdyż inaczej Kasy chorych nie mają możności sprawdzenia, czy wymienieni pacjenci, dla których takie recepty wystawiono, rzeczywiście są uprawnieni do korzystania z lekarstw na rachunek dotyczącej Kasy. Wobec tego Biuro rozrachunkowe Izby Zdrowia zmuszone jest, celem likwidacji takich rachunków aptecznych, dołączać każdorazowo odpowiednim Kasom chorych, jako podstawę do badań, ponadto również nadesłane do Biura karty porady. Czyli innymi słowy Biuro Rozrachunkowe Izby Zdrowia zmuszone byłoby pozbawiać się w ten sposób swych własnych dowodów ka-

sowych. Widać z tego zupełnie jasno, jakie to znowu pociąga za sobą trudności, gdyby ten sam rozrachunek został zakwestionowany przez lekarzy, a ich zarzuty miałoby się poddać ponownemu zbadaniu na podstawie nadesłanych swego czasu dowodów kasowych.

Dla ułatwienia rozrachunku kosztów leków między aptekami i Kasami chorych wydałem swego czasu formularz receptowy, który chciałbym tu jeszcze raz podać do ogólnej wiadomości, aby Panowie Lekarze wiedzieli na przyszłość, jakie dane musi się wypisać na receptach wystawianych dla członków Kas chorych, by z góry uwidocznić dla aptekarzy przynależność kasową pacjenta, a przy tym umożliwić Kasom chorych kontrolę istnienia ubezpieczenia.

Wydrukowany niżej formularz receptowy zawiera w pierwszym wierszu dokładną nazwę Kasy chorych. Należy ją w każdym wypadku wypisać jak najstaranniej. W drugim wierszu winno się wpisać numer członkowski przy członkach takich Kas chorych, które na karcie porady podają numer członkowski swych pacjentów. Dalej następuje dokładne podanie personaliów: 1. nazwisko, 2. imię członka, 3. data urodzenia. Przy członkach rodziny należy pod tym wypisać nazwisko i imię członka rodziny, jak też jego datę urodzenia. Poniżej winno się podać pracodawcę w Generalnym Gubernatorstwie, u którego zatrudniony jest członek Kasy. W następnym wierszu należy wpisać mieszkanie w Generalnym Gubernatorstwie możliwie z wymienieniem miejscowości, ulicy i numeru domu. W następnym wierszu winno się podać także adres ubezpieczonego w Rzeszy, a w ostatnim wierszu także ostatniego pracodawcę w Rzeszy.

Na pozór wydaje się, jak gdyby przy wypełnianiu tych danych personalnych ubezpieczonych żądano od lekarzy zbytecznej pisaniny. Ale trzeba zważyć przy tym, że przynależność kasowa zatrudnionych na te-

Genaue Bezeichnung der Krankenkasse.

Mitgliedsnummer ....

ÄRZTLICHE VERORDNUNG

für

Herrn / Frau / Fräulein

Familienname | Vorname des Mitgliedes | Geburtstag

Familienname | Vorname des Familienangehörigen | Geburtstag

(nur bei Behandlung von Familienangehörigen auszufüllen)

Arbeitgeber im Generalgouvernement:

Wohnung im Generalgouvernement:

Heimatadresse:

Letzter Arbeitgeber im Reich:

Taxe

brutto | netto

, den .... 194...

Unterschrift und Stempel des Arztes

Dokładna nazwa Kasy Chorych.

Numer członka ....

RECEPTA

dla

Pan / Pani

Nazwisko | imię członka | Data urodzenia

Nazwisko | imię członka rodziny | Data urodzenia

(wypełnić tylko przy leczeniu członków rodziny)

Pracodawca w Generalnym Gubernatorstwie:

Mieszkanie w Generalnym Gubernatorstwie:

Adres w Rzeszy:

Ostatni pracodawca w Rzeszy:

Opłata

brutto | netto

, dnia .... 194...

Podpis i pieczęć lekarza

renie Generalnego Gubernatorstwa do dzisiaj znajduje się w stanie znacznej fluktuacji. Chociaż utworzono już Krakowską Sekcję Miejscowej Kasy Chorych w Katowicach, a skutkiem tego zatrudnieni w Generalnym Gubernatorstwie w coraz większej mierze zaczynają podlegać jednolitej opiece tej Kasy, to jednak szczególne stosunki w Generalnym Gubernatorstwie pociągają za sobą to, że bardzo znaczna część zatrudnionych tutaj tylko przez czas krótszy, albo tylko przejściowo, pozostaje jeszcze w ewidencji różnych Kas chorych w Rzeszy, tak długo dopóki nie nastąpiło przemeldowanie ich do Krakowskiej Sekcji Miejscowej Kasy Chorych w Katowicach. Poza tą Krakowską Sekcją Miejscowej Kasy Chorych w Katowicach duża część znajdujących się w Generalnym Gubernatorstwie osób ubezpieczonych należy do najrozmaitszych innych Kas chorych, które mają siedzibę bądź to również w Generalnym Gubernatorstwie, bądź też na obszarze Rzeszy. Wobec takiego skomplikowania stosunków ubezpieczeniowych w Generalnym Gubernatorstwie jest rzeczą pożądaną, ażeby na recepcie podawać adres ubezpieczonego w Rzeszy i ostatniego jego pracodawcę w Rzeszy we wszystkich tych przypadkach, w których z przedłożonej karty porady nie da się stwierdzić bezspornej przynależności do Krakowskiej Sekcji Miejscowej Kasy Chorych w Katowicach.

W numerze 3 czasopisma z dnia 15 września 1940 zamieściłem artykuł p. t. „Leczenie członków Kas chorych Rzeszy niemieckiej" i proszę przestudiować go raz jeszcze dokładnie w związku z niniejszymi wywodami, aby unikać na przyszłość popełnianych dotychczas błędów także i w odniesieniu do prawidłowego wypisywania recept. Z przedkładanych mi przy rozrachunkach recept oryginalnych wynika, że lekarze często nie zaznaczali na receptach przynależności kasowej, albo też zaznaczali ją, ale w sposób niedostateczny. Tym tylko można sobie wytłumaczyć, że w takich przypadkach aptekarze odmówili wydania zapisanych lekarstw bez gotówkowego zapłacenia całej należytości, o czym ciągle dochodziły mnie skargi z prowincji. Na skutek mojej interwencji u Kierownika Izby Aptekarskiej aptekarze otrzymali wyraźne wskazówki, wedle których są oni oczywiście zobowiązani wydawać członkom Kas chorych zapisane środki lecznicze za przedłożeniem odpowiednio wypełnionej recepty bez zapłaty gotówkowej. Gdyby aptekarze nie stosowali się do tych wskazówek Kierownika Izby Aptekarskiej, to — oczywiście — pociągnięto by ich do odpowiedzialności; i w związku z tym proszę niniejszym Panów Lekarzy o natychmiastowe zgłaszanie mi takich wypadków z podaniem konkretnych szczegółów. Przy zgodnym ze wskazówkami postępowaniu personalu aptekarskiego nie może się wcale zdarzyć, żeby członkowie Kas chorych musieli płacić w aptekach gotówką za recepty, a lekarze z niejasnych dla mnie powodów uważali się za zobowiązanych do zwracania tymże członkom poniesionych przez nich kosztów aptekarskich po to, aby je następnie znowu przedkładać do zwrotu Izbie Zdrowia łącznie z żądaniem swego honorarium lekarskiego. Jeżeli apteka sporządza i wydaje lekarstwo na receptę Kasy chorych, wystawioną należycie przez lekarza, to ta recepta stanowi dla apteki ważny dowód rozrachunkowy dla wystąpienia z roszczeniem wobec Kasy chorych i otrzymania zapłaty za wydane lekarstwo. W takim razie wszystko odbywa się na takiej drodze, która umożliwia także i Kasom chorych zbadanie przedłożonych przez apteki dowodów rozrachunkowych. Jak mi bowiem zakomunikował Kierownik Izby Aptekarskiej, postępowanie rozrachunkowe dla aptek uproszczono w ten sposób, że wszystkie recepty członków Kas chorych podlegających ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy, oraz Kas im równorzędnych, przedkłada się Krakowskiej Sekcji Miejscowej Kasy Chorych w Katowicach, która znowu ze swej strony przeprowadza rozliczenie z różnymi wchodzącymi w grę Kasami. Panowie Lekarze muszą wiedzieć, że członkowie Kas chorych Rzeszy niemieckiej przy pobieraniu na recepty kasowe lekarstw muszą płacić w aptekach z własnej kieszeni po 50 gr. za każdą receptę, a dopiero stawki rachunku aptekarskiego, przekraczającej tę należność, aptekarz zażąda od Kasy chorych w sposób powyżej podany. Domaganie się zatem od członka Kasy chorych gotówkowej zapłaty także i tej należytości jest niedopuszczalne. Tak więc lekarze nie mają żadnego powodu do zwracania członkom Kasy chorych tej dopłaty 50-groszowej, nie mówiąc już o zwrocie należytości za gotówkową zapłatę aptekarzowi recepty kasowej, jak to zdarzało się dotychczas.

Obok tych Kas chorych, podlegających ordynacji ubezpieczeniowej Rzeszy, istnieje też szereg mniejszych Kas, które również mają swych członków w Generalnym Gubernatorstwie, a które statutowo pozostawiają członkom wykładanie w aptekach należytości za lekarstwa, aby następnie za przedłożeniem pokwitowanej recepty zwrócić im te należytości. Także i w tych przypadkach lekarze nie mają najmniejszego powodu do zwracania pacjentom wyłożonych przez nich w aptekach kosztów lekarstw i do następnego zatrudniania Biura Rozrachunkowego Izby Zdrowia ściąganiem takich należytości, jako kosztów lekarskich. Biuro Rozrachunkowe Izby Zdrowia musiałoby być stale ponad miarę przeciążone, gdyby przy dotychczasowej ilości pracowników miało jeszcze przejąć i te nieprzypadające mu prace, albo też musiało by się znacznie powiększyć liczbę pracowników, przez co w sposób niecelowy zwiększyło by się koszty administracyjne. A te zwiększone koszty administracyjne musiałyby się z kolei odbić na należytościach, przewidzianych na honoraria lekarskie i przez to ukrócić je w sposób bynajmniej dla lekarzy nie pożądany.

Biuro Rozrachunkowe Izby Zdrowia postara się u właściwych instytucyj, zobowiązanych do ponoszenia świadczeń, o ściągnięcie sum, wyłożonych dotychczas przez lekarzy za lekarstwa, celem przekazania ich wymienienionym lekarzom. Jednakże na skutek skomplikowania tej sprawy nie da się uniknąć przy tym bardzo znacznego opóźnienia w likwidowaniu tych należytości. Tak więc w interesie samych Panów Lekarzy leży niekomplikowanie likwidacji przez łączenie swych roszczeń lekarskich z roszczeniami za niewłaściwie uregulowane należytości aptekarskie. Aby zaś na przyszłość praca Biura Rozrachunkowego Izby Zdrowia mogła się odbywać bez tarć i obciążeń tego rodzaju zupełnie zbytecznymi komplikacjami, zabraniam jak najwyraźniej lekarzom zwracania na przyszłość członkom Kas chorych Rzeszy niemieckiej należytości za wyłożone przez nich koszty lekarstw. Jeżeliby pomimo tego mego zakazu w przyszłości przedłożono Biuru Rozrachunkowemu Izby Zdrowia tego rodzaju roszczenia za lekarstwa, to nie będzie się ich już więcej załatwiać, a lekarz musi się liczyć z tym, że nie otrzyma zwrotu takich wydatków. Zakaz

ten wydaje mi się niezbędnie konieczny z tego powodu, że gotowość lekarza do zwracania swemu pacjentowi kosztów leków musi budzić silne podejrzenie, że dotyczący lekarz — w przeciwieństwie do swych poprawnie postępujących kolegów — zamierza prowadzić nielojalną konkurencję. Spełnienie życzenia przejęcia takiego wydatku na leki może mieć za cel urobienie dotyczącemu lekarzowi w kołach pacjentów sławy „dobrego lekarza", który w przesadny sposób spełnia życzenia pacjentów. Lekarz musi się bezwzględnie trzymać zdala od takich żydowskich sposobów łapania klienta.

Jak to stwierdziłem, znaczna ilość polskich lekarzy ma zwyczaj kupowania na własny rachunek leków w tym celu, aby je następnie za zapłatą wydawać swym pacjentom. W przedłożonych rozrachunkach znalazłem liczne dowody takiego postępowania. Otóż chcę tutaj stwierdzić raz na zawsze, że nie odpowiada to duchowi należytego podziału pracy w zawodach leczniczych, ażeby lekarz przejmował zadania, które są zastrzeżone dla zawodu aptekarskiego. Poza wyraźnie określonymi wyjątkami w okolicach wiejskich przy wyraźnym zezwoleniu na prowadzenie apteki domowej, nie ma żadnego powodu do tego, aby lekarze utrzymywali zapasy leków. Po pierwsze: nie leży to wcale w interesie uporządkowanej służby zdrowia, dla której ważnym jest, ażeby leki przechowywano w aptekach pod fachowym dozorem. Po drugie: stan lekarski nie ma powodu do narażania się na podejrzenie, że chce na tych zapasach leków, które utrzymuje w swoich pokojach ordynacyjnych, robić interesy, które nie dadzą się pogodzić z zawodem lekarskim, a szczególnie z honorem zawodowym. Jeżeli w szczególnych przypadkach ma się razem z żądaniem honorariów nadsyłać rachunki za wydane lekarstwa, to dotyczący lekarz musi ponadto przedłożyć Biuru Rozrachunkowemu Izby Zdrowia zaświadczenie, że jest on uprawniony do utrzymywania apteki domowej, t. zn. że uzyskał wymaganą do tego szczególną kwalifikację. Bez tego rodzaju zaświadczenia podobne żądania zwrotu kosztów lekarstw ze strony lekarzy nie będą w przyszłości załatwiane i już z góry mogą być przez zainteresowanych zaksięgowane na rachunek strat.

O lekarstwa, środki opatrunkowe, szczepionki, zastrzyki itd., których lekarz potrzebuje do leczenia członków Kas chorych, winien on w każdym poszczególnym przypadku postarać się za pośrednictwem pacjenta w aptece, na przepisową receptę kasową. Jeżeli pozostaną resztki jakiegoś przepisanego lekarstwa, to — oczywiście — mogą one być użyte nadal dla członków tej samej Kasy, jak gdyby to były zapasy lekarza. Ale ponieważ lekarstwa te są już zapłacone, żądanie od kogokolwiek drugiego dalszej zapłaty za użycie tego rodzaju resztek lekarstw i środków opatrunkowych, ampułek itd. byłoby manewrem oszukańczym.

Od powyższych wywodów uznaję wyraźnie jedyny wyjątek. Okazało się z nadesłanych rachunków, że przede wszystkim na wsi z zapasów siły zbrojnej wydawano za zapłatą lekarstwa dla członków Kas chorych Rzeszy niemieckiej, w interesie opieki lekarskiej nad ludnością. Także i w tych przypadkach lekarze zwracali pacjentom wydatki, a te należytości przedkładali równocześnie z żądaniem honorariów lekarskich Biuru Rozrachunkowemu Izby Zdrowia. W tych szczególnych przypadkach zezwalam wyraźnie, a nawet zalecam — celem ułatwienia rozrachunku — utrzymanie tego dotychczasowego zwyczaju w instytucjach nie pozostających pod zarządem cywilnym. Ponieważ chodzi tu o przypadki wyjątkowe, nie powstanie przez to szczególne obciążenie Biura Rozrachunkowego, a także można oczekiwać, że przy ściąganiu tych należytości przez Izbę Zdrowia od właściwych Kas chorych nie powstaną żadne większe trudności.

Proszę wszystkich Panów Lekarzy, leczących członków Kas chorych Rzeszy niemieckiej, o jak najściślejsze przestrzeganie udzielonych niniejszym wskazówek, ponieważ tylko przez to mogą się Panowie Lekarze ustrzec przed niepożądanymi ujemnymi skutkami niewłaściwego postępowania. Jest rzeczą oczywistą, iż polscy lekarze obejmują leczenie członków Kas chorych Rzeszy niemieckiej w przypadkach koniecznych. Pomijając te przypadki, chciałbym zwrócić uwagę na usilne życzenie, ażeby członkowie Kas chorych Rzeszy niemieckiej, o ile to jest tylko możliwe, leczyli się tylko u lekarzy niemieckich.

O zagadnieniu prostytucji i chorób wenerycznych

Napisał: Dr. Buurman, Miejski Radca Sanitarny, Kraków.

(Ciąg dalszy)

Przy badaniu obowiązane były prostytutki przedkładać skrzynkę z artykułami higienicznymi, którą otrzymały były przy swym przyjęciu do zamkniętej ulicy. Lekarz pouczał je szczegółowo o ich użyciu, środki te zawsze musiano posiadać w dostatecznej ilości, należało je stawiać do użytku każdemu odwiedzającemu i bezwarunkowo nie wolno ich było odmawiać.

Mieszkanki kontrolowanej ulicy żyły w systemie całkowicie samodzielnego prowadzenia gospodarstwa. Miały one wolność we wszystkim, co dotyczyło ich własnego gospodarstwa. Mogły sobie trzymać wspólnie gospodynię, czy też wychodzić same dla dokonania czynności domowych lub zakupów, gdzie chciały. Właścicielowi domu nie wolno było przyjmować od nich jakichkolwiek kwot poza ustalonym przez policję czynszem. Przeciw wszelkim szykanom brano tego rodzaju dziewczęta uliczne zawsze w obronę.

Bardzo szczegółowy regulamin określał zachowanie się dziewcząt ulicznych w ulicy kontrolowanej i poza nią, ich stosunek do młodocianych, do właściciela domu i jego personelu, jak również ich zachowanie się wobec lekarza urzędowego itd. Między innymi zabroniono też kobietom nieprzyzwoitego zachowywania się na ulicy kontrolowanej, przywabiania klienteli, albo też przebywania w godzinach nocnych poza swymi mieszkaniami. Każde wydalenie się z domu musiało być zgłaszane policji obyczajowej na 12 godzin przed wyjazdem. Bezwarun-

kowo nie wolno im było stykać się z młodocianymi ani też tolerować w swym mieszkaniu kobiet, które skłaniały się do nierządu. Nie wolno było również podawać klientom napojów alkoholowych, czy też odbywać pijatyki z innymi prostytutkami. Wszelkie stosunki z sutenerami, lub z osobami podejrzanymi o sutenerstwo, były dla dziewcząt z Helenenstraße zakazane.

Wpisanie do rejestru dziewcząt ulicznych następowało wyłącznie na ich wniosek, tak że w Bremie podpadnięcie pod nadzór policji obyczajowej było aktem wolnego postanowienia prostytutki. Pod nadzór policji obyczajowej dostawały się też tylko takie dziewczęta, które były zupełnie zdrowe i nie utrzymywały stosunków z sutenerami.

Ponieważ jednak dziewczętom ulicznym zabroniono mieszkać gdzieindziej aniżeli w ulicy kontrolowanej i musiały się one zobowiązać do zajęcia takiego mieszkania w domu i na takim piętrze, jakie im wyznaczy właściciel domu, istniał zatem dla zarejestrowanych dziewcząt ulicznych przymus skoszarowania. Przyłączamy się do zapatrywania Blaschko i przyznajemy, że istniejące jeszcze i dzisiaj w Bremie „dobrowolne skoszarowanie“ ostatecznie jest skoszarowaniem wymuszonym, zaznaczamy jednakże przy tym, że prostytutki korzystają ze stosunkowo wielkiej swobody i mogą prowadzić własne gospodarstwa. Liczba skoszarowanych w Bremie prostytutek jest oczywiście nieznaczna w stosunku do wielkiej liczby prostytutek istniejących przed tym urządzeniem. Ponieważ jednak bardzo wielka liczba kobiet, podejrzanych o zawodowe uprawianie nierządu, czy też tylko o niesolidność, została oddana pod nadzór policyjny i jest stale nadzorowana tak samo, jak ulice i lokale miasta, to zdaniem Parey'a, nie należy liczyć się w Bremie z „tajną“ prostytucją w większym rozmiarze i to zarówno wedle zapatrywania policji kryminalnej jak też wedle ogólnej oceny.

System bremeński istnieje w zasadniczych swych zarysach także w Hamburgu i w Essen i widocznie wytrzymał próbę życia. Jak dalece system ten wprowadzono także jeszcze w innych miastach, tego nie mogłem stwierdzić.

Informacje o stosunkach zdrowotnych bremeńskich dziewcząt kontrolowanych podaje Tjaden.

Mieszkanki Helenenstraße poproszono w sierpniu 1922 r. o zaznaczenie na przepisanym formularzu codziennie przez przeciąg tygodnia liczby odwiedzających i oddanie formularza w zamkniętej kopercie w Urzędzie zdrowia.

W tym samym tygodniu przy pomocy nieprzerwanej kontroli osób przybywających z zewnątrz ustalono liczbę odwiedzających Helenenstraße. Liczba przychodzących osób wynosiła 4.800, z czego 3.117 odwiedziło mieszkanki tej ulicy. Jeżeli przeliczymy to na rok, to obcowanie płciowe odbyło się 160.000 razy. W wymienionym czasie na Helenenstraße było 65 prostytutek.

Można zatem przyjąć, że przeciętnie jedna mieszkanka obcowała rocznie prawie 2.400 razy.

Wedle statystyki lekarzy bremeńskich w czasie od 1 kwietnia do 30 czerwca 1922 zaledwie 11 osób podało, że miały się zarazić na Helenenstraße. Aby dopuścić możliwość, że do tych 11 osób mogło się przyłączyć jeszcze kilka osób zamiejscowych, podwyższono tę cyfrę z 11 na 15. To daje 60 przypadków zarażenia na 160.000 aktów płciowych, to jest jedno zarażenie na 2.700 obcowań płciowych.

Wedle Tjadena nie da się wątpić o zdrowotnej korzyści przeprowadzonego w Bremie skoszarowania.

O porównaniu między systemem domów publicznych a systemem bremeńskim należy powiedzieć co następuje:

Przy domu publicznym na skutek zadłużenia dziewcząt wobec właściciela stosunek czynszowy zamienia się praktycznie na stosunek pracy przymusowej. Tak więc praktycznie dziewczęta podlegają cudzemu gospodarowaniu. W systemie bremeńskim właściciel ulicy kontrolowanej jest pod karą umowną w wysokości 500 marek uprawniony do żądania od dziewcząt za całkowicie urządzone mieszkanie wyłącznie czynszów ustalonych przez policję, a poza tym nie może on stawiać dziewczętom żadnych żądań. Tak więc prostytutki są bardziej samodzielne, bardziej niezależne i prowadzą własne gospodarstwa.

Przy domu publicznym właściciel jest zainteresowany w częstym uprawianiu nierządu. W bremeńskiej ulicy kontrolowanej zainteresowanie to nie istnieje.

Prostytutka z domu publicznego jest zobowiązana przyjąć nawet dla niej najbardziej wstrętnego mężczyznę, dziewczyna kontrolowana ma natomiast możność udzielenia odwiedzającemu odmowy. Głównym źródłem dochodów właścicieli domów publicznych jest wyszynk alkoholu dla gości dziewcząt publicznych, dlatego też żąda się od nich, aby podawały swym klientom możliwie wiele alkoholu. W systemie bremeńskim jest to wedle regulaminu wzbronione. Z dawniejszym systemem domów publicznych wiąże się handel dziewczętami. Obecnie nie jest to już więcej możliwe. Dalszej istotnej korzyści systemu bremeńskiego dopatrujemy się w silnym ograniczeniu sutenerstwa, podczas gdy przy systemie domów publicznych przeważnie tego nie ma.

Reasumując dochodzimy do wniosku, że system domów publicznych taki jak go dopuszczano przedtym, należy jako formę skoszarowania odrzucić. Stwierdzamy też równocześnie, że zastosowany w Bremie system koszarowania zapewnia dziewczętom ulicznym szczególnie ze względu na walkę z chorobami wenerycznymi zasadnicze korzyści.

Z moich dotychczasowych wywodów wynika sama przez się konieczność kroków zmierzających do zwalczania prostytucji. Ale jakimi drogami należy przy tym postępować? — Już z góry trzeba zaznaczyć: Jakieś opatentowane rozwiązanie tej sprawy nie istnieje. Jedni stosują najsurowsze kary, uważają każdą prostytutkę za przestępczynię i traktują ją odpowiednio, drudzy chcą je reglamentować.

Przez reglamentację rozumie się, jak wiadomo, nadzór policyjno-obyczajowy nad dziewczętami publicznymi na podstawie list imiennych łącznie z regularnym nadzorem lekarskim. Wedle Blaschko nie wywarły istniejące systemy reglamentacji żadnego dającego się wykazać wpływu na szerzenie się chorób wenerycznych. Papierowa korzyść cyfrowa systemu reglamentacji okazała się bez znaczenia, a strony ujemne znacznie przeważyły strony dodatnie. Ponadto obejmuje reglamentacja stale tylko tą niegroźną część prostytucji. Prostytutki początkujące, tajne i wciągnięte okolicznościowo są właśnie najgroźniejsze, a prawie że nie udaje się poddać ich reglamentacji. Abolicjoniści, tj. zwolennicy wolnej opieki zdrowotnej nazywają reglamentację „paktowaniem przez państwo z rozpustą“. Pomijając zastrzeżenia moralne (uznanie prostytucji przez pań-

stwo, podwójna moralność, jednostronne występowanie przeciwko kobiecie, uznanie przez państwo nierządu zawodowego, przymusowe wpisywanie do rejestru, handel dziewczętami i sutenerstwo) podkreślano szczególnie, że wskutek badań lekarskich wywołuje się pozór, jakoby korzystanie z usług prostytutki nie było niebezpieczne ze stanowiska zdrowotnego „bo przecież nadzór państwowy gwarantuje chyba bezpieczne pod względem higieny stosunki" (Mayr). Dlatego też od początku bieżącego wieku występowano w Niemczech wszelkimi sposobami przeciwko reglamentacji.

Ale teraz trzeba pomyśleć nad tym, jak należy tę walkę prowadzić?

Otóż każdy naród zależnie od swego indywidualnego trybu życia będzie rozwijał swój własny sposób walki z chorobami wenerycznymi.

Ograniczę się do rozważania stosunków w Skandynawii, Anglii i Francji, ponieważ te kraje wykazują najwybitniejsze metody i od nich najłatwiej można się czegoś nauczyć. Wedle istniejących sprawozdań **państwa skandynawskie** przez swój system osiągnęły najlepsze wyniki. Skoro bowiem poznano bezwartościowość reglamentacji, zniesiono ją w roku 1888 w Norwegii, 1909 w Danii, 1907 w Finlandii i 1919 w Szwecji. Zasady zwalczania chorób wenerycznych w krajach skandynawskich są na ogół następujące:

1) obowiązek zgłaszania,
2) obowiązek leczenia,
3) bezpłatne leczenie wszystkich chorych,
4) przymusowy pobyt w szpitalu, jeśli to jest niezbędne dla ochrony innych,
5) karanie dalszego rozpowszechniania choroby, jeżeli nie została ona określona przez lekarza jako wyleczona.

Różne czynniki wpływały korzystnie na skuteczność tego programu w Skandynawii. Po pierwsze każdy zna tam dobrze istotę choroby, nie wzdraga się przed mówieniem o tym publicznie i rozumie konieczność leczenia. Jest tam rzeczą powszechnie znaną, kiedy i gdzie można się zwrócić o pomoc lekarską. Np. w centrum Kopenhagi umieszczono z wywieszkami reklamowymi wielkich domów towarowych, kin, parków i innych miejsc godnych widzenia listę specjalnych klinik chorób wenerycznych.

Obowiązki jednostki rozszerzono tam nawet tak dalece, że ma ona obowiązek poddać się zbadaniu a ewentualnie i leczeniu i to nawet wtedy, gdy tylko **zachodzi podejrzenie**, że jest chora wenerycznie lub znajduje się w okresie zaraźliwym. Przysługujące wówczas prawo do zbadania i leczenia zastrzeżono tylko w Danii i Szwecji. Lekarza czyni się odpowiedzialnym przede wszystkim za zapobieganie i dalsze rozpowszechnianie choroby, przy czym winien on stwierdzać **źródło zakażenia**, aby o nim donieść władzom zdrowia. Jeżeli pacjent nie chce się leczyć, lekarz musi o tym donieść urzędowi zdrowia.

Odsetek kiły wynosił w Szwecji w r. 1935 — 0,20%, w Danii w 1919 r. było 4.500 przypadków kiły, w 1933 r. — 700. Jak już wspomniano, także i w Danii leczenie jest bezpłatne. Około 70% chorych daje się leczyć przez specjalistów, którzy są opłacani przez państwo lub miasto. Godnym wspomnienia jest fakt, że Dania założyła dobrą kartotekę z koniecznymi danymi o każdym chorym; obejmuje ona już 70.000 przypadków. Od 1920 r. zachorowania na kiłę podlegają dokładnej kontroli. Badania serologiczne (Wassermann) opracowuje się centralnie w państwowym instytucie surowic, który każdy przypadek dodatni kieruje z dokładnymi danymi do centralnej kartoteki. To urządzenie umożliwia wybitny przegląd każdorazowego stanu rozpowszechnienia kiły i jest szczególnie wartościowe przy późniejszych badaniach jakiegokolwiek rodzaju. Przy zmianie zamieszkania osób podejrzanych czy też chorych wenerycznie mogą obwodowe urzędy zdrowia porozumiewać się między sobą, lub też mogą uzyskiwać informacje o określonych osobach w kartotece centralnej. Wyniki są bardzo dobre.

Obok energicznego przeprowadzenia doskonałej metody zwalczania chorób wenerycznych mogły się do tak dobrego wyniku ponad to przyczynić: wysoki poziom kulturalny i gospodarczy, jednolita struktura rasowa i stosunkowo nieznaczna liczba ludności w krajach skandynawskich.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Pokaz filmowy dla PP. Lekarzy

Okręgowa Izba Zdrowia w Warszawie zorganizowała w dniu 4 kwietnia 1941 r. pokaz filmowy dla PP. Lekarzy.

Na po brzegi wypełnionej dużej sali wykładowej Państwowego Zakładu Higieny zademonstrowano niezwykle ciekawy i pouczający film dźwiękowy p. t.

„Chemoterapia schorzeń bakteryjnych".

Przepiękne mikro-zdjęcia zilustrowały przebieg fagocytozy strepto- i stafilokokowej, pobudzanej przez *Prontosil rubrum*. Na zasadzie teoretycznych rozważań i klinicznych przypadków (ospa czarna) udowodniono przewagę leczniczą *Prontosil rubrum* nad prostym p-sulfamidobenzenem. Ponadto uzasadniał film konieczność leczenia schorzeń paciorkowcowych i gronkowcowych w możliwie wczesnym okresie choroby i to dużymi dawkami.

Jako drugi film przedstawiono:

„Sen i jego zaburzenia".

Zainteresowanie, jakie wzbudziły powyższe filmy dowodzi potrzeby częstszego urządzania tego rodzaju pokazów. Wysoka wartość dydaktyczna filmów naukowych stanowi bowiem w obecnych warunkach pożądany czynnik dokształcający zawód lekarski.

Z powodu zgonu prenumeratorki naszego pisma, położnej Józefy Golańskiej, Izba Zdrowia — zakres rzeczowy prasa — wypłaciła zięciowi zmarłej Marianowi Jędrzejowskiemu, Piotrków, ul. Straży Ogniowej nr. 2, wyznaczoną premię asekuracyjną w kwocie 100 Zł.

Izba Zdrowia — zakres rzeczowy prasa — wypłaciła z powodu zgonu prenumeratora naszego pisma Dra med. Stanisława Szymorowskiego pozostałej córce p. Janinie Szymorowskiej, Goździk, p. Garwolin, wyznaczoną premię asekuracyjną 100 Zł.

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.